

DECLARACIÓN DE INSTRUCCIONES PREVIASY VOLUNTADES ANTICIPADAS

A mi familia, al personal sanitario, a mi párroco o al capellán católico:Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta Declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido.Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

Por ello, yo, el que suscribe ................................ ................................... ...................................... , de sexo……………, nacido en………………..............……… con fecha …......………………., con DNI o pasaporte nº………………............………………. y tarjeta sanitaria o código de identificación personal  
nº ………………………..……… , de nacionalidad …………..…...................…….., con domicilio en …………................................…………........……........................................ (ciudad, calle, número) y  
con número de teléfono ………………......……,

MANIFIESTOQue tengo la capacidad legal necesaria y suficiente para tomar decisiones libremente, actúo de manera libre en este acto concreto y no he sido incapacitado/a legalmente para otorgar el mismo:Pido que, si llegara a padecer una enfermedad grave e incurable o a sufrir un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o cualquier otra situación crítica; que se me administren los cuidados básicos y los tratamientos adecuados para paliar el dolor y el sufrimiento; que no se me aplique la prestación de ayuda a morir en ninguna de sus formas, sea la eutanasia o el “suicidio médicamente asistido”, ni que se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte.Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte y para ello solicito la presencia de un sacerdote católico y que se me administren los sacramentos pertinentes.Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia, en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana.Suscribo esta Declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad.

En caso de estar embarazada, pido que se respete la vida de mi hijo.

Soy consciente de que os pido una grave y difícil responsabilidad. Precisamente para compartirla con vosotros y para atenuaros cualquier posible sentimiento de culpa o de duda, he redactado y firmo esta declaración.Firma

**DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES**

Designo como mi/s representante/s, en el caso de que me vea imposibilitado/a para expresar mi voluntad, con el fin de que vele/n por el cumplimiento de las instrucciones expresadas en mi documento de instrucciones previas y tome/n las decisiones necesarias para tal fin, con el siguiente orden de prelación a:

PRIMER REPRESENTANTE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| D/Dª | | DNI/NIE | | |
| Fecha de Nacimiento | Teléfonos de contacto | | | |
| Domicilio | | | | |
| Localidad | Provincia | | | C.P. |
| Aceptación de la representación  Acepto la designación como representante del/ la OTORGANTE del documento de instrucciones previas en el caso de que no pueda expresar por sí mismo/a sus decisiones con respecto a su atención sanitaria. Me comprometo a velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi representado/a.. | | | Fdo.:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

SEGUNDO REPRESENTANTE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| D/Dª | | DNI/NIE | | |
| Fecha de Nacimiento | Teléfonos de contacto | | | |
| Domicilio | | | | |
| Localidad | Provincia | | | C.P. |
| Aceptación de la representación  Acepto la designación como representante del/ la OTORGANTE del documento de instrucciones previas en el caso de que no pueda expresar por sí mismo/a sus decisiones con respecto a su atención sanitaria. Me comprometo a velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi representado/a | | | Fdo.:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

TERCER REPRESENTANTE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| D/Dª | | DNI/NIE | | |
| Fecha de Nacimiento | Teléfonos de contacto | | | |
| Domicilio | | | | |
| Localidad | Provincia | | | C.P. |
| Aceptación de la representación  Acepto la designación como representante del/ la OTORGANTE del documento de instrucciones previas en el caso de que no pueda expresar por sí mismo/a sus decisiones con respecto a su atención sanitaria. Me comprometo a velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi representado/a | | | Fdo.:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Los firmantes como testigos de la formalización de este documento de instrucciones previas DECLARAMOS ser mayores de edad y tener plena capacidad de obrar y que, a nuestro juicio, la persona otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en nuestra presencia

PRIMER TESTIGO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| D/Dª | | DNI/NIE | | Fdo.:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Domicilio (Calle, nº portal, piso , letra) | | | |
| Código Postal | Localidad | | Provincia |

SEGUNDO TESTIGO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| D/Dª | | DNI/NIE | | Fdo.:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Domicilio (Calle, nº portal, piso , letra) | | | |
| Código Postal | Localidad | | Provincia |

TERCER TESTIGO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| D/Dª | | DNI/NIE | | Fdo.:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Domicilio (Calle, nº portal, piso , letra) | | | |
| Código Postal | Localidad | | Provincia |

DECLARACIÓN DEL OTORGANTE

Como otorgante de este documento, DECLARO que los firmantes como testigos en primer y segundo lugar no tienen conmigo relación de parentesco en primer ni en segundo grado, ni ningún vínculo patrimonial u obligacional.

Estando conforme con todo lo anterior y reservándome el derecho a revocar, en forma escrita, esta declaración en cualquier momento.

En …….………….………a ……….de…………………….de…………

(Lugar y fecha de formalización)

Firma del Otorgante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Indicar de forma legible Nombre y apellidos)

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS | |
| Responsable | Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. |
| Finalidad | Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. |
| Legitimación | Ejercicio de poderes públicos y cumplimentación de una obligación legal (Ley 8/2003, de 8 de abril de derechos y deberes de las personas en relación con la salud, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia y el Decreto 30/2007, de 22 de marzo por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León). |
| Destinatarios | Cesión de datos contenidos en los documentos de Instrucciones Previas inscritos al personal sanitario responsable del proceso asistencial de los otorgantes y al Registro Nacional de Instrucciones Previas. |
| Derechos | Acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y oposición a las decisiones automatizadas, mediante escrito dirigido a la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria, Pº de Zorrilla, 1. 47007 VALLADOLID. |
| Información Adicional | Los datos de esta autorización serán incorporados a la Base de datos del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. Puede consultar información adicional en <https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas> |